

## Wethoudersoverleg Sociaal Domein

Onderdeel : Wonen & Wmo

Agendapunt : 3

Nummer : 13.0004399

### Onderwerp:

Scheiden wonen en zorg, analyse regionale ontwikkelingen.

**Bijlagen:** n.v.t.

### Inleiding:

Met deze startnotitie willen de gemeenten zicht krijgen en houden op het thema scheiden van Wonen & Zorg in de regio. Een ontwikkeling die door het Rijk is ingezet. Het gaat om een ingewikkelde materie waarbij vele factoren een rol spelen. Het gaat om grote verschuivingen rond (bestuurlijke) verantwoordelijkheden en financieringsstromen. De gemeenten krijgen een grotere verantwoordelijkheid als het gaat om een kwetsbare thuiswonende groep. Ook komen de verhoudingen tussen eigen financiering c.q. eigen bijdrages en huur, Wmo-gelden, AWBZ-financiering en dekking vanuit zorgverzekeringspakket anders te liggen. Dit is schematisch al volgt weergegeven.

Intramurale AWBZ functie	Voorstel Situatie in 2015	Woonvorm
Verpleging en Verzorging ZZP VV 1 t/m 3	Verpleging via Zorgverzekeringswet Begeleiding, verzorging en kortdurend verblijf via Wmo Behandeling: Besluit volgt later na advisering door het CVZ.	Zelfstandig Wonen met ondersteuning
Verpleging en Verzorging ZZP VV 4	50% opgesplitst in twee groepen 1. Bij behoefte verpleging Zorgverzekeringswet en Wmo 2. Zonder verpleging alleen Wmo	Zelfstandig wonen in een beschermde omgeving
	50% naar de kern-AWBZ	Beschut wonen in een instelling
Verpleging en Verzorging ZZP VV 5 & hoger	Kern-AWBZ	Beschut en/of besloten wonen in een instelling

In deze complexe materie is het van belang om het perspectief van de inwoner centraal te blijven zetten. Wat betekent dit alles voor de burger? Op welke wijze kan de burger hierbij worden ondersteund? Over wie gaat het? Over hoeveel mensen hebben we het? Zijn de antwoorden en oplossingen van vandaag ook duurzaam genoeg? En doen zij recht aan de vragen en wensen van onze inwoners?

In de komende periode zal deze startnotitie als een basis dienen om gezamenlijk met inwoners, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, corporatie(s) en andere marktpartijen een (regionale) agenda te maken voor Wonen zonder Zorgen.

**Gevraagde beslissing: In te stemmen met de regionale analyse Scheiden Wonen & Zorg**

# SCHEIDEN WONEN EN ZORG

ANALYSE REGIONALE ONTWIKKELINGEN



**Gewest Gooi en Vechtstreek, juni 2013**

---

## Inhoud

Inleiding .....	4
Hoofdstuk 1 De ontwikkeling van de intramurale capaciteit .....	7
Hoofdstuk 2: het woonruimteverdeelsysteem .....	13
Hoofdstuk 3 De voorraad nultredenwoningen G&V .....	17
Communicatie.....	20
Conclusie .....	21

## Inleiding

Deze analyse is nodig omdat het Kabinet Rutte 2 in het kader van het regeerakkoord een aantal stappen heeft gezet rond de inzet van zorgzwaartepakketten binnen de zorg. In deze notitie aandacht voor de gevolgen van deze maatregelen voor de regio.

Per 1 januari 2013 worden de zorgzwaartepakketten (ZZP's) 1 en 2 voor de sector Verpleging en Verzorging (V & V) niet meer geïndiceerd voor nieuwe cliënten. Per 1 januari 2014 wordt ook ZZP3 voor de V&V geextramuraliseerd voor nieuwe cliënten. Over ZZP 4 voor de VV ligt nu een voorstel van de staatssecretaris (Ministerie VWS, hervorming van de langdurige ondersteuning en zorg dd. 25042013) om 50% een indicatie te geven voor extramuralisering en ondersteuning (in functies en klassen) en het andere deel van de ouderen met ZZP VV4 en alle ouderen met een ZZP VV5 of hoger ontvangen intramurale zorg via de kern-AWBZ.

Intramurale AWBZ functie	Voorstel situatie in 2015
Verpleging en Verzorging ZZP VV 1 t/m 3	Verpleging en behandeling via Zorgverzekeringswet Begeleiding, verzorging en kortdurend verblijf via Wmo
Verpleging en Verzorging ZZP VV 4	50% naar de kern-AWBZ 50% opgesplitst in twee groepen 1. Bij behoefte verpleging Zorgverzekeringswet en Wmo 2. Zonder verpleging alleen Wmo
Verpleging en Verzorging ZZP VV 5 & hoger	Kern-AWBZ

In de sector Verpleging en Verzorging gaat het bij de lage ZZP's om ouderen en /of chronische zieken die op grond van lichte lichamelijke beperkingen verzorging en enige begeleiding nodig hebben (ZZP1 beschut wonen met enige begeleiding en ZZP2 beschut wonen met begeleiding en verzorging). De grondslag hiervoor is vaak een somatische aandoening of ziekte maar kan ook een (beginnende) psychogeriatrische aandoening zijn. Vanaf ZZP 3 is er een behoefte aan een beschutte woonomgeving, de cliënten zijn beperkt sociaal redzaam en hebben vaak toezicht en sturing nodig in het dagelijks leven. Daarnaast zijn zij beperkt mobiel buitenshuis en is er vaak op meerdere momenten per dag zorgverlening nodig.

De cliëntgroep die tot ZZP 4 behoort heeft behoefte aan intensieve begeleiding gecombineerd met uitgebreide verzorging in een beschutte omgeving. De cliënten hebben ten aanzien van hun sociale redzaamheid op veel aspecten hulp nodig. Op het gebied van ADL (algemene dagelijkse levensverrichtingen) hebben cliënten veelal toezicht en sturing nodig bij kleine verzorgingstaken zoals wassen en kleden. Qua mobiliteit zijn de meeste cliënten binnenshuis wel zelfredzaam maar buitenshuis niet. Een deel van de cliënten heeft in verband met een chronische ziekte voortdurend verpleegkundige zorg nodig. De begeleiding van cliënten is met name gericht op de achteruitgang van de situatie en slechts in sommige gevallen op stabilisatie.

Zowel politiek bestuurlijk als maatschappelijk hebben deze ontwikkelingen de aandacht in onze regio. Met deze startnotitie willen de gemeenten in de regio 'grip' krijgen en houden op al deze ontwikkelingen. Het gaat om een ingewikkelde materie waar vele factoren een rol spelen. Het gaat om grote verschuivingen rond (bestuurlijke) verantwoordelijkheden en financieringsstromen. De gemeenten krijgen een grotere verantwoordelijkheid als het gaat om een kwetsbare thuiswonende groep. Ook komen de verhoudingen tussen eigen financiering c.q. eigen bijdrages, Wmo-gelden, AWBZ-financiering en dekking vanuit zorgverzekeringspakket anders te liggen.

In deze complexe materie is het van belang om het perspectief van de inwoner centraal te blijven zetten. Wat betekent dit alles voor de burger? Op welke wijze kan de burger hierbij worden ondersteund? Over wie gaat het? Over hoeveel mensen hebben we het? Zijn de antwoorden en oplossingen van vandaag ook duurzaam genoeg? En doen zij recht aan de vragen en wensen van onze inwoners?

Belangrijk om te vermelden is nog wel dat deze notitie zich enkel richt op de relaties tussen wonen, zorg en welzijn en niet specifiek bedoeld is om in te gaan op de wijze waarop de gemeenten de nieuwe taken van de gemeenten in het kader van de decentralisaties gaan inrichten.

## Opdracht

In het wethoudersoverleg WWZ van 20 december 2012 heeft de wethouder van Naarden, de heer Ardiani, een terugkoppeling gegeven van een eerste ronde langs zorgaanbieders om te spreken over het rijksbeleid waarin wordt aangestuurd om de relatie tussen wonen & zorg voor bepaalde zorgvragen anders in te richten. In deze bestuurlijke ronde hebben de zorgaanbieders een drietal punten aangedragen:

- Werken graag mee aan het inventariseren en in kaart brengen van deze thematiek
- Een verzoek aan de gemeenten om tijdig aan de burger te communiceren welke veranderingen er allemaal gaan gebeuren
- Een oproep om met de zorgaanbieders in deze regio in gesprek te gaan over de wijze van het inkopen van de zorg die door de decentralisaties naar de gemeenten over gaat

Op 20 december 2012 is tevens vastgelegd dat het thema scheiden van Wonen & Zorg op de bestuurlijke agenda komt en wordt meegenomen in de voorbereidingen van de overgang van taken van de AWBZ naar de Wmo. Dit betekent ook dat het thema inkoop van zorg binnen die voorbereidingsopgave is gepositioneerd. Door gesprekken met klanten en marktpartijen zal worden bepaald op welke wijze producten en diensten op het terrein van wonen & zorg zullen worden ingekocht.

De communicatieopgave wordt op dit moment opgepakt door een werkgroep van regionale communicatieadviseurs. Aan de hand van een aantal uitgangspunten wordt bepaald op welke wijze de burger wordt geïnformeerd. Deze agenda gaat verder dan alleen het thema scheiden van wonen & zorg. Deze afspraken en samenwerking rond communicatie gaan over het gehele sociaal domein en de veranderende rol en taken van de gemeenten in al deze ontwikkelingen.

Tegelijkertijd is en blijft het een breed onderwerp. Het gaat tenslotte over het leveren van zorg aan mensen die langer (zelfstandig) thuis wonen. Om juist deze relatie goed inzichtelijk te maken heeft de stuurgroep Wonen op 6 februari 2013 de volgende opdracht verstrekt:

***Kom in het licht van de discussie van het scheiden van wonen en zorg tot een actualisering van de rapportage sterrenclassificatiesysteem (Gewest Gooi en Vechtstreek, december 2011). Met hierbij specifieke aandacht voor de toekomst van de huidige verzorgingshuizen en de daaraan gerelateerde intramurale capaciteit op het gebied van de huidige verpleeghuiscapaciteit.***

Met de koppeling aan de eindrapportage sterrenclassificatiesysteem wordt gewerkt vanuit een logische volgorde van bestuurlijke producten die in deze regio over de relatie tussen Wonen & Zorg gaan.

- Het TNO-rapport: een marktverkenning naar de zorgvraag in de regio (2009)

Een rapport dat de zorgvraag en het aanbod zo nauwkeurig mogelijk tot 2025 probeert in te schatten. Vanuit deze rapportage was het van belang om meer zicht te krijgen op een tweetal zaken:

1. Er ligt een maatschappelijke opgave om te komen tot een 'omslag' van verzorgingshuiszorg naar verpleeghuiszorg. Deze omslag heeft tot gevolg dat mensen langer zelfstandig moeten blijven wonen in de huidige woning of in een voor hen geschikte zelfstandige woning.
2. Onderzocht is of er in de reguliere voorraad voldoende geschikte zelfstandige woningen zijn om de mensen inderdaad langer zelfstandig te kunnen laten wonen. Het ging dan met name om de toe en doorgankelijkheid van de voorraad voor mensen met een hulpmiddel. Hier hebben de (regionale) woningbouwcorporaties aan meegewerkt door hun woningvoorraad in te meten.

- De eindrapportage van hert sterrenclassificaties (2011)

Een rapportage waarin samen met de woningbouwcorporaties is gewerkt aan het in kaart brengen van de toe en doorgankelijkheid van de sociale voorraad. Met het introduceren van de classificaties in het woonruimteverdeelsysteem (de dobbelstenen) is toen een belangrijke stap gezet. Tegelijkertijd was toen al helder dat er nog zaken moesten worden gemonitord en/of worden opgepakt. In de eindrapportage is een aantal aanbevelingen gegeven die door de regio zouden kunnen worden opgepakt.

**Aanbeveling 1**

Monitor en bewaak de intramurale capaciteit. Vanwege de toenemende zorgvraag en ook de toenemende zwaarte daarin is het van belang om zicht te houden op de intramurale capaciteit en de ontwikkelingen daarin.

**Aanbeveling 2**

Neem in de evaluatie van het woonruimteverdeelsysteem het meten van het effect van de introductie van het sterrenstelsel mee.

**Aanbeveling 3**

Voer een inventarisatie uit van de omvang van de voorraad nultrreden woning die in particulier bezit is en de geschiktheid om deze woningen te bewonen met een hulpmiddel

Met het scheiden van (de financiering) Wonen & Zorg zijn aanbevelingen in een ander perspectief komen te staan maar nog steeds relevant en bruikbaar als handvatten bij het in kaart brengen van het veld. Het zijn dan ook deze aanbevelingen die in deze notitie centraal staan.

# Hoofdstuk 1 De ontwikkeling van de intramurale capaciteit

## Aanbeveling 1:

### De verkenning naar de ontwikkeling van de intramurale capaciteit

In de regio is in 2009 het TNO-onderzoek Horizon uitgevoerd. Een marktverkenning naar zorgontwikkelingen binnen onze regio. In de kern is het TNO-onderzoek het tegenover elkaar zetten van de zorgvraag en het aanbod dat deze zorg kan leveren. Bij het uitvoeren van aanbeveling 1 wordt gebruik gemaakt van dezelfde methodiek. Centraal staan de huidige inzichten rond zowel ontwikkelingen van de vraag als het aanbod. Het onderzoek heeft langs twee sporen plaatsgevonden.

#### 1) Een kwalitatief pad

Doel van dit onderdeel was om de aannames van het TNO (ontwikkeling vraag en het daarvoor benodigde aanbod) langs de ervaringen van de zorgaanbieders in onze regio te leggen. Om meer zicht te krijgen op de praktijk te krijgen zijn diverse gesprekken met zorgaanbieders gevoerd. Deze gesprekken hebben plaats gevonden aan de hand van aantal vragen. In deze analyse zijn de antwoorden op deze vragen in algemene zin beschreven en meegenomen.

#### 2) Een kwantitatieve analyse van cijfers van het CIZ & CBS

Doel van dit onderdeel was om de aannames van TNO langs de huidige (regionale) cijfers te leggen. Specifiek is hierbij gebruikt gemaakt van cijfers van het CIZ en het CBS. Op deze manier is getracht om zicht te krijgen op de kwantitatieve ontwikkelingen zowel als het gaat om de huidige levering van zorg als het benodigde aanbod in de toekomst.

### Het kwalitatieve pad

Aan de hand van een aantal vragen is gesproken over de ontwikkeling van de vraag en de wijze waarop het aanbod voor deze vraag moet worden georganiseerd. Uiteraard zijn de vragen veel uitgebreider aanbod gekomen en waren er verschillen in deze wijze waarop zorgaanbieders hebben geantwoord. Bij de weergave van de beantwoording is getracht om de hoofdlijnen te beschrijven en die aspecten naar voren te laten komen die van belang zijn om inhoud te kunnen geven aan de uitvoering van aanbeveling 1.

#### Vraag 1

*Herkennen zorgaanbieders de stijgende zorgvraag zoals deze in het TNO-rapport is voorspeld. (zie boven) (Stijging intramurale capaciteit verpleeghuis of ZZP 4 t/8)*

De verschillende zorgaanbieders (h)erkennen de stijging van de zorgvraag. Wel wordt hierbij een aantal opmerkingen gemaakt

#### Het model

Bij het beoordelen van zowel de vraag als aanbodkant wordt geconstateerd dat het model van TNO te statisch is en te weinig aandacht heeft voor mede 'bepalende' variabelen. Elementen als life-style (eigen kracht of de koppeling daarvan aan levensstijl) en inkomen (draagkracht) zijn niet meegenomen bij het afstemmen van vraag en aanbod. Variabelen die ook nauw aansluiten bij zowel de veranderende samenleving als bij het Rijksbeleid waarbij naar een andere manier van het financieren van de zorg wordt gekeken.

Daarbij wordt ook aangegeven dat zorgaanbieders capaciteitsinschattingen veel eerder op basis van het niveau van een wijk (willen) doen. Niet vanuit een landelijke database 'terugrekenen' maar echt kijken wat er in een buurt of wijk leeft. De inkomenspositie van bewoners van een wijk en/of het imago van een instelling in een buurt zijn soms van groot belang als het gaat om uitspraken te doen over de ontwikkeling van een locatie. Door te kijken naar life-style en inkomen ontstaat een heel ander en veel diverser beeld van de vraag.

Voor de ontwikkeling en inschattingen van het benodigde aanbod zijn dit belangrijke veranderingen. Het is in ogen van de zorgaanbieders veel ingewikkelder geworden om vanuit een landelijk 'blauwdruk' de zorgvraag en daarmee het aanbod te bepalen.

### Ander type zwaarder aanbod

De zorgvraag stijgt maar breed wordt geconstateerd dat de zorg die wordt geleverd 'zwaarder' is. Deze ontwikkeling zal in de toekomst worden doorgezet. In die zin wordt het TNO-model herkend. Dit geldt met name voor de ZZP 5 en 7 indicaties. De patiënten komen ook pas op latere leeftijd en in een slechtere gezondheidssituatie in de verpleegzorg terecht. Ook wordt er in de huidige verzorgingshuissetting ook meer zorg geleverd aan mensen met een ZZP 5 indicaties. Dit laatste hangt wel erg samen met de wijze waarop bepaalde beperkingen c.q. ziektebeelden zich uiten bij patiënten (bijv ongepast gedrag en/of dwaalgedrag). De stijging wordt dan ook wel herkend maar vraagt 1) om een ander type van zorglevering 2) om een ander inschatting en bepaling van duur/periodes waarin bepaalde zorg wordt verleent. Voor het bepalen van de verhouding tussen vraag en aanbod zijn dit relevante ontwikkelingen.

### Wachlijsten

Met deze stijging c.q. verandering van de zorgvraag wordt aangegeven dat de wachlijsten de afgelopen jaar ongeveer gelijk zijn gebleven. Hiervoor wordt een tweetal redenen aangegeven. Ten eerste de constatering dat mensen langer thuis blijven wonen. Zo wordt er bijvoorbeeld verwezen naar de case-manager dementie die vanuit het netwerk dementie wordt ingezet om mensen te ondersteunen bij o.a. het langer thuis wonen. Ten tweede wordt vastgesteld dat de gemiddelde opnameduur de laatste jaren is verminderd. Mensen met een indicatie zijn op die manier 'eerder' aan beurt

#### *Vraag 2:*

*Welke afspraken zijn er te maken over de aanlevering van capaciteitsontwikkelingen met zorgaanbieders? Welke rol heeft het zorgkantoor hierin? Wat is een reële tijdsperiode om over te gaan tot actualisering?*

In de ogen van de zorgaanbieders is dit gezien een aantal (landelijke) ontwikkelingen op dit moment wel noodzakelijk maar erg lastig. Dit heeft een aantal redenen. Vanuit het zorgkantoor worden op dit moment hiertoe weinig stappen gezet. Zij wachten op de landelijke politieke ontwikkelingen en zijn niet in staat/gemandateerd om met zorgaanbieders een lange termijnperspectief te schetsen en te bepalen als het gaat om gezamenlijke capaciteitsplanning. Daarnaast speelt de (toenemende) marktwerking binnen de zorg hierbij een rol. Het gezamenlijk beheren van wachlijsten is niet langer toegestaan. Dit betekent dat er op dit moment geen structureel georganiseerd regionaal overzicht is van de beschikbare capaciteit. Een aantal zorgaanbieders ziet hier wel een rol weggelegd voor de regionale gemeentelijke samenwerking. Dit vanuit het principe dat er dan een uitvraag naar gegevens wordt gedaan door een andere partij en het niet de zorgaanbieders zelf zijn die hiertoe zijn overgegaan.

#### *Vraag 3*

*Hoe wordt er gekeken naar de opkomst van kleinschalige woon en zorgvormen die veelal op basis van particulier initiatief worden vormgegeven? En hoe ontwikkelt deze markt zich?*

De verschillende zorgaanbieders kijken positief naar de opkomst van (particuliere) kleinschalige woon en zorgvormen. Wel wordt hierbij opgemerkt dat deze markt zich nu met name richt op de hogere inkomensgroepen (hogere eigen bijdrages) en dat het daarom belangrijk is om te garanderen dat er ook woon- en zorgvormen worden aangeboden voor groepen met een lager inkomen. De verschillende zorgaanbieders bieden ook kleinschalige vorm van zorg aan en met name voor dementiezorg (groepen van 6 tot 10 mensen ingedeeld op basis van lifestyle). Deze vorm van zorgverlening door de zorgaanbieders is de afgelopen jaren toegenomen.

Daarnaast is het de vraag hoe de markt voor het (duurdere) zorgaanbod zich zal ontwikkelen. Zeker nu veel mensen zich geconfronteerd zien met een dalende koopkracht.



Dit is veelal direct gekoppeld aan de stagnerende huizenmarkt. Veel ouderen kunnen of willen niet altijd hun huis verkopen. Daarbij is het de vraag op welke wijze de bezuinigingsopgave door de gemeenten zal worden vormgegeven. Specifiek als het gaat om zaken als dagbesteding en andere vormen van ondersteuning die nu vanuit de AWBZ worden mee gefinancierd. Deze inkomsten vormen nu een (substantieel) onderdeel van het bedrijfsmodel. De ontwikkeling van de koopkracht zal uiteindelijk een bepalende factor zijn voor de kansen van de meer kleinschaliger woon en zorgvormen die nu veelal vanuit een particulier initiatief worden opgezet.

#### Vraag 4

*Op welke wijze wordt nu al rekening gehouden met het op andere manieren en korter leveren van (flexibele) zorg? (bijv. gemiddelde opnameduur verpleeghuiszorg, tussentijdse opname/respijtzorg) Hoe wordt ingespeeld op al deze ontwikkelingen in relatie tot het personeelsbestand?*

Alle aanbieders hebben aangegeven voor grote veranderingen te staan en waren allemaal bezig met strategisch en organisatorische trajecten. Alle aanbieders zijn bezig met het zich oriënteren op nieuwe bedrijfsmodellen. Sommige gaan expliciet de buurt in (extramuralisering), andere partijen zullen zich specifiek gaan richten op het leveren van intramurale zorg. Dit betekent in alle gevallen dat de levering van zorg via diverse producten en diensten gaat veranderen. De zorgaanbieders geven aan hier op vele manieren aan (mee) te werken. Van betere medicatie, tot het beter betrekken van mantelzorg ('de oudste dochter') tot meer gebruik maken van domotica. Belangrijk aandachtspunt is hierbij de heroriëntatie op de huidige functies. Het leveren van zwaardere zorg in de intramurale setting of het leveren van meer zorg in de thuissituatie vraagt om anders opgeleide medewerkers of om nieuwe medewerkers. De zorgaanbieders geven aan dat er wordt geïnvesteerd in deze mensen. ("Zij vormen het hart van de organisatie") Wel wordt ook aangegeven dat er meer met flexibele contracten wordt gewerkt. Dit heeft niet de voorkeur maar is in deze tijden soms wel noodzakelijk.

Hierbij worden ook zorgen geuit over de toekomstige kwaliteit van de thuiszorg, de vraag is of de kwaliteit wordt gewaarborgd bij de huidige en toekomstige tarieven. De verschillende zorgaanbieders verwachten dat als gevolg van deze tarieven er niet veel meer tijd zal zijn voor de extra aandacht voor de patiënt. Daarnaast verwachten zij dat niet alle thuiszorgbedrijven kunnen blijven bestaan waardoor mensen hun baan kwijtraken. In de brief van de staatssecretaris van 250413 is vermeld dat in 2015 gemeenten meer budget beschikbaar houden dan eerder was voorgesteld, nl 60% i.p.v. 25%.

#### Vraag 5

*Is het mogelijk om aan te geven wat er met het zorgvastgoed/per accommodatie gaat gebeuren? Welke strategie hebben jullie m.b.t. tot de huidige verzorgingshuiscapaciteit?*

Vanuit verschillende zorgaanbieders wordt aangegeven dat zij in de toekomst leegstand, grootschalige verbouwingen en/of sloop van een aantal locaties verwachten. Tegelijkertijd zien zij ook kansen omdat zij beter kunnen inspelen op de veranderende vraag van de toekomstige klanten. Zo zal verzorgingshuiscapaciteit worden omgebouwd naar meer verpleeghuiscapaciteit maar kunnen appartementen/units ook worden verhuurd aan mensen die voorheen op basis van ZZP indicaties 1, 2 3 in een verzorgingstehuis gingen wonen. Verschillende zorgaanbieders zijn hier al mee bezig en zullen dit in de toekomst ook voortzetten. Ook als het gaat om nieuwbouw zal er veel multifunctioneler worden gebouwd. Zeker als het gaat om de wooneenheden. (bijv het wel of niet installeren van een zelfstandige keuken) Voor gezamenlijke voorzieningen of facilitaire ondersteuning geldt dat deze functies vaak niet of beperkt terugkeren in de nieuwbouwprojecten.

Uit de gesprekken met de verschillende zorgaanbieders blijkt dus dat er voor de langere termijn geen zorgen zijn over leegstand omdat zij in de toekomst een toename van vraag van PG patiënten verwachten en daarnaast kunnen zij de appartementen verhuren aan mensen die zorg nodig hebben en daarvoor zelf meer willen betalen. Dit vraagt op de kortere termijn wel een aantal zaken. Veelal staat het bestemmingsplan een andere functie niet of moeilijk toe. Daarbij zal de toename van de PG plaatsen niet meteen plaatsvinden en daarom zal tot die tijd gekeken moeten worden of deze woningen verhuurd zullen worden of tijdelijk leeg laten staan maar dat laatste is financieel niet aantrekkelijk.

Gezien de terughoudendheid van de zorgaanbieders in verband met de concurrentiegevoelige informatie, het voorkomen van onnodige onrust (zowel maatschappelijk als politiek) en de nog te verwachte besluiten van de regering zijn er (nog) geen afspraken te maken met de verschillende zorgaanbieders over de precieze planvorming per locatie. Wel worden er per locatie verschillende scenario's ontwikkeld. Dit betekent dat het bepalen van de omvang voor intramurale capaciteit in de toekomst zeer lastig is.

NB: zeer recentelijk heeft de staatssecretaris op 25 april jl. de notitie "hervorming van de langdurige ondersteuning en zorg" gepresenteerd, hierdoor is er meer duidelijkheid ontstaan in de kabinetsvoornemens. Als gevolg hiervan is er mogelijk meer ruimte voor de zorgaanbieders om in de toekomst in samenspraak met het Zorgkantoor de planvorming per locatie in kaart te brengen.

### Een kwantitatieve analyse van cijfers van het CIZ, TNO & CBS

Doel van dit onderdeel van het onderzoek was om de aannames van TNO langs de regionale en de huidige cijfers te leggen en de ervaring in de praktijk door de zorgaanbieders. Op deze manier is getracht om een zo'n goed mogelijk cijfermatig beeld van de stand van zaken te geven. Het TNO onderzoek vormt hierbij het vertrekpunt. In TNO rapport werd genoemd dat in 2025 in de regio naar verwachting ruim 56.000 65 plussers wonen waarvan ongeveer:

- (80%) zelfstandig thuis kunnen wonen zonder behoefte aan zorg aan huis
- (13%) zelfstandig thuis kunnen wonen met zorgprofiel 2 en 3 (zorgprofiel 2: ouderen met mobiliteitsbeperkingen en zorgprofiel 3: ouderen met mobiliteitsbeperkingen en beperkingen in de persoonlijke verzorging). Meer dan de helft zal geen speciaal op hulpmiddelengebruik ingerichte woning nodig hebben, 41% van hen heeft wel een woning nodig die is ingericht op hulpmiddelengebruik, voornamelijk een rollator.
- (7%) zijn die 24 uren zorg nodig hebben.

Door de ontwikkelingen rond het scheiden van wonen en zorg zijn deze aannames opnieuw bekeken en vergeleken met de huidige kennis. Een eerste verschil is dat uit recentere cijfers blijkt dat er in 2025 ruim 60.000 65 plussers wonen in Gooi en Vechtstreek. Dit zijn er meer dan eerder was voorspeld. Verder blijkt uit de gesprekken en wetenschappelijk onderzoek dat het analyseren van de zorgvraag vanaf een leeftijd van 75 een betere optie is omdat de leeftijd van 75 plus een betere rechtvaardiging van kwetsbaarheid is dan de leeftijd van 65 plus. Deze toename is een direct gevolg van de verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg, mensen worden later 'ouder'.

Op basis van de prognoses voor de Gooi en Vechtstreek dan komen de volgende aantallen voor mensen van 75 en ouder in beeld:

	2013	2015	2020	2025	2030	2035	2040
Gooi en Vechtstreek 75+	22.200	22.800	25.200	30.300	33.600	36.500	39.300

### Cliënten in ZZP's in Gooi en Vechtstreek:

Om hoeveel mensen gaat het nu? In onderstaande tabel staat het aantal cliënten met een geldige indicatie voor intramurale AWBZ zorg op 1 januari 2010, 1 januari 2011, 1 januari 2012 en 1 januari 2013 in de regio Gooi en Vechtstreek per ZZP. Dit betekent niet dat de cliënten ook daadwerkelijk gebruik maken van deze ZZP indicatie. Daarnaast kan het zijn dat een gedeelte van de intramurale AWBZ zorg ook thuis gegeven worden indien mensen kiezen voor een PGB waarmee de klant de zorg volledig zelf thuis inkoop tot zodat de cliënt ondanks een ZZP toch extramurale zorg ontvangt. Maar het geeft wel een goed beeld van de omvang van de groep per ZZP.

functiecategorie	1 januari 2010	1 januari 2011	1 januari 2012	1 januari 2013
<b>VV01</b>	175	175	160	190
<b>VV02</b>	700	715	600	470
<b>VV03</b>	315	430	455	470
<b>VV04</b>	610	645	660	705
<b>VV05</b>	905	1.115	1.210	1.305
<b>VV06</b>	270	340	355	435
<b>VV07</b>	115	180	260	320
<b>VV08</b>	20	25	35	55
<b>VV09a</b>	260	285	430	X
<b>VV09b</b>	X	X	X	370
<b>VV10</b>	X	15	15	20
<b>Verblijf VV</b>	10	260	45	X

Voor het bepalen van de toekomstige ontwikkeling van de zorgvraag en de daaraan gerelateerde capaciteitsvraagstuk is in dit onderzoek gekeken naar de ontwikkelingen rond de indicatiestelling ZZP 5, 6 en 7. Het zijn deze zorgzwaartepakketten die (veelal) intramuraal zullen worden geleverd. Dit komt door de combinatie van 24 uur toezicht en de onplanbare zorg die deze mensen nodig hebben.

Bij het bekijken van de aantallen ZZP ten opzichte van de prognose voor de komende jaren van 75 + kan worden vastgesteld dat in 2013 ZZP 5 een percentage heeft van 5,88%. In totaal gaat het om 1.305 mensen. Voor het jaar 2025 geldt dat voor ZZP 5 een aantal kent van 1782 (5,88% van 30.300), ZZP 6 kent een aantal van 594 (1,96% van 30.300) en voor ZZP 7 een aantal van 436 (1,44% van 30.300).

Het aantal mensen (ZZP 5, 6 en 7) komt daarmee voor het jaar 2025 samen uit op 2812. Indien daar nog 480 (50% van 3,17% van 30.300) aan wordt toegevoegd (nl 50% van ZZP 4 zoals genoemd in hervorming van de langdurige ondersteuning en zorg in bijlage van de brief van Rijn van 25042013) komt de intramurale vraag voor 2025 uit op rond de 3280.

Indien dit aantal van 3280 wordt afgezet tegen de huidige intramurale capaciteit voor de verpleging en verzorging van de 4 zorgaanbieders in het Gewest Gooi- en Vechtstreek van een totaal aantal van 3290 (zie onderstaande tabel) is te zien dat de totale capaciteit voldoende zal zijn. Belangrijk wel is dat de verzorgingsplaatsen dienen te worden geflexibiliseerd. Dit betekent nog steeds dat ruim 1600 plekken binnen de intramurale zorg moeten worden 'omgelabeld'/geflexibiliseerd.

	Verpleeghuiscap.	Verzorgingshuiscap.	totaal
<b>TOTAAL aanbod</b>	<b>1667</b>	<b>1623</b>	<b>3290</b>

**Tabel: intramurale capaciteit GGV van de 4 zorgaanbieders mei 2013**

Opmerkingen bij tabel intramurale capaciteit GGV van de 4 zorgaanbieders mei 2013:

- Appartementen/woningen tellen als 1 plek
- Huidige aanbod 3290 waarvan VP 1667 en VZ 1623.
- Prognose 2025: rond de 3280 mensen intramurale zorg nodig ( 2800 van ZZP 5, 6 en 7 en 50% van 960 van ZZP4 zoals genoemd in hervorming van de langdurige ondersteuning en zorg in bijlage van de brief van Rijn van 25042013) .

## Punten van aandacht bij 'omlabeling'/flexibilisering

Zoals aangegeven is een belangrijk aandachtspunt wat het Rijk uiteindelijk gaat besluiten over het ZZP 4 pakket. Het voorstel van 25 april jl. is om 50% van ZZP 4 te extramuraliseren. In het TNO rapport is te zien dat profiel 4, profiel waar ouderen inzitten met veel beperkingen een grotere groep vormt dan de groep dementie. De vraag is dan ook welke 50 % van ZZP 4 zal worden geextramuraliseerd? Het zal uiteindelijk gaan om de nadere invulling van (on)planbare zorg en 24 uren toezicht die zal moeten worden geleverd. Welke zorg (inhoudelijk) wordt hier geleverd? Nader onderzoek zal inzicht moeten leveren of de levering van zorg voor deze groep wezenlijk anders is dan voor mensen met dementie (denk bijvoorbeeld aan zwerfgedrag, 'ongepast' c.q. 'gestoord' gedrag). Dit zal ook aangeven welke mogelijkheden er zijn om deze zorg ook daadwerkelijk in de thuissituatie te leveren valt. Deze kennis is op termijn van belang voor

- 1) de capaciteitsbeoordeling
- 2) voor zicht op de vraag hoe mensen met een ZZP 4 indicatie zo verantwoord mogelijk thuis kunnen wonen.

Om een zo'n nauwkeurig mogelijk beeld van de toekomstige zorgvraag te bepalen zal nader onderzoek of monitoring van deze ontwikkelingen noodzakelijk zijn en blijven. Zowel vanuit een meer wetenschappelijk perspectief dat inzicht moet geven over de ontwikkeling van de (absolute) zorgvraag als vanuit een meer praktijkgericht perspectief hoe deze zorgvraag wordt geïndiceerd en wordt afgenomen c.q. wordt geleverd. Door de sterke relatie met het vastgoed is een zorgvuldige planning van de capaciteitsontwikkeling van belang.

Een extra variabele hierbij is de 'omloopsnelheid' van de intramurale zorg. Hierbij dient namelijk te worden opgemerkt dat de omloopsnelheid is gestegen in de afgelopen 5 jaar. Mensen verblijven steeds korter in de huidige verpleeghuissetting. Gesproken wordt van een afname van de opnameduur van 19 maanden naar 14 maanden.

In hoeverre deze nuancerings moeten worden meegenomen in het omlabelingsvraagstuk is onderdeel van het gesprek met de zorgaanbieders en het zorgkantoor. Het zorgkantoor is en blijft op dit moment verantwoordelijk voor de zogenaamde 'kern' AWBZ.

## Kwantitatieve relatie met de Wmo

In het huidige jaar 2013 is er nog geen sprake van een veel grotere druk op de WMO voorzieningen. In het rapport van NIBUD en Unie KBO is er een doorberekening gemaakt van de maandlasten van ouderen wanneer zij als gevolg van scheiden wonen en zorg huur moeten gaan betalen. Onder de AWBZ was de eigen bijdrage voor zorg en woonlasten voor iedereen gelijkgesteld. Bij het scheiden van wonen en zorg verschillen de individuele woonlasten. Voor de laagste inkomens groepen (27% van alle ouderen) is er een klein tekort en hierdoor is er minder geld voor (sociale) participatie.

Het scheiden wonen en zorg wordt in 2013 ingevoerd voor nieuwe gevallen. Dat betekent naar schatting 10% tot 15% (dit percentage wordt als gemiddelde instroom per jaar in zorg- en verpleeghuizen door diverse zorgaanbieders aangegeven met daarbij de opmerking dat mensen overlijden en in andere pakketten terecht kunnen komen) van het totaal van 1215 mensen die in 2012 ZZP 1, 2 en 3 V&V hadden in de Gooi en Vechtstreek. In 2013 betreft het dus 120 tot 180 mensen. Daarvan vallen er waarschijnlijk maximaal 50 in de lage inkomenscategorieën. Over de hele regio gezien betreft het hier een relatief kleine groep. Hetgeen overigens niet betekent dat er geen aandacht voor dient te zijn. Bij het onderdeel communicatie zal hier ook op worden ingegaan.

Op termijn zullen er echter wel 1215 ouderen te maken krijgen met scheiden wonen en zorg, waarvan er 330 in de laagste inkomenscategorieën vallen. Het is daarom wel verstandig om samen met de verschillende zorgaanbieders te kijken of deze groep mensen voldoende in beeld is. Er bestaat namelijk wel een kans dat een deel van deze mensen vereenzamen doordat ze geen geld meer hebben voor sociale participatie en de weg naar welzijnsvoorzieningen niet weten te vinden. In het rapport van NIBUD en Unie KBO "bestedingsmogelijkheden bij het scheiden van wonen en zorg", april 2012, worden de gevolgen van het scheiden wonen en zorg voor de bestedingsmogelijkheden van ouderen met een minimuminkomen geïnventariseerd.

## Hoofdstuk 2: het woonruimteverdeelsysteem

### Aanbeveling 2:

**Neem in de evaluatie van het woonruimteverdeelsysteem het meten van het effect van de introductie van het sterrensysteem mee.**

Vanaf 1 juli 2012 zijn de woningen van woningcorporaties geclassificeerd op grond van toe- en doorgankelijkheid. De mate waarin wordt weergegeven aan de hand van het aantal stippen op een bij de woningadvertentie vermelde dobbelsteen. Hoe meer stippen hoe toe- en doorgankelijker de woning is: van zonder hulpmiddelen toegankelijk tot en met voor uitgebreide zorg en rolstoelgeschikte woning.

De basis vormt een nultredenwoning die zich bevindt op de begane grond of is per lift bereikbaar. In de woning zijn alle primaire voorzieningen (woon-, slaap-, badkamer en keuken) gelijkvloers. In die eerste meting werden aan de hand van een nieuw ontwikkeld classificatiesysteem met 18 criteria, woningen beoordeeld op hun geschiktheid voor bewoning met hulpmiddelen (rollator, rolstoel of brancard). In overleg met de ouderenbonden werd gekozen voor een dobbelsteen als symbool voor de mate van toegankelijkheid van een woning. Afhankelijk van de mogelijkheden om de woning te bewonen met hulpmiddelen, kan een nultredenwoning 1 tot 5 oogjes op de dobbelsteen krijgen.

### Geclassificeerde woningen (nov 2011) in de sociale voorraad

Verdeling	Via WVS	Anders <sup>A</sup>	Totaal
Stercategorie			
1-ster	4.657 (98%)	104 (2%)	4.761 (100%)
2-ster	1.094 (68%)	525 (32%)	1.619 (100%)
3-ster	191 (70%)	438 (30%)	629 (100%)
4-ster	190 (67%)	94 (33%)	284 (100%)
5-ster	88 (43%)	115 (57%)	203 (100%)
Totaal	6.220 (83%)	1.276 (17%)	7.496 (100%)

A betekent in eigendom van een landelijke corporatie of een zorgaanbieder en toegewezen door deze partij of in eigendom van een regionale corporatie, maar toegewezen door een zorgaanbieder.

Onderzocht is hoeveel woningen voorzien van een dobbelsteen en met welk aantal stippen er aangeboden werden aan de woningzoekenden en bij welke leeftijdsklassen deze woningen terecht kwamen. Dit eerste onderzoek dient als 0 meting voor toekomstige onderzoeken op dit terrein.

Omdat niet alle woningcorporaties op precies hetzelfde moment zijn gestart, blijft voor deze eerste onderzochte periode onbekend of alle vrijgemaakte woningen die daarvan voorzien konden worden daadwerkelijk met die dobbelsteen werden aangeboden. Niet alle woningen die een bepaalde mate van toegankelijkheid hebben, werden voor speciale doelgroepen gebouwd.

Denk hierbij bijvoorbeeld aan de reguliere flatwoningen of appartementen. Uitsluitend specifieke ouderenwoningen (bv aanleunwoningen), woningen met een bepaalde zorginfrastructuur of aangepaste woningen worden aangeboden met het label 'voorrang voor een specifieke doelgroep'. Indien geen woningzoekende uit de voorrangscategorie op de woning reageert, kan de woning aan de

overige woningzoekenden worden aangeboden. De beweegredenen van de (oudere) woningzoekenden om wel of juist niet op een bepaalde woning met/zonder een bepaalde dubbelsteen te reageren zijn niet bekend. Dit wordt niet geregistreerd. Woningzoekenden zijn tenslotte vrij in hun keuze voor een type woning.

Opgemerkt kan nog worden dat in de onderzochte periode de zorgwoningen van de woningcorporaties veelal door de zorgaanbieders werden verhuurd. Deze verhuringen werden niet geregistreerd, inschrijving als woningzoekende in Woningnet was hiervoor niet nodig. Met de scheiding tussen wonen en zorg van corporatiewoningen (geheel operationeel 3<sup>e</sup> helft 2013) worden deze verhuringen wel geregistreerd en zal het aandeel woningen met meer stippen op de dubbelsteen (hogere mate van toegankelijkheid) daardoor toenemen.

### Onderzoeksresultaten

In de periode vanaf ingangsdatum tot 01 maart 2013 werden 221 woningen vrij gemeld met een dubbelsteen tegen 1728 zonder dubbelsteen. Van deze 221 met dubbelsteen werden er 176 ook geadverteerd voor de woningzoekenden tegen 1527 van de 1728 zonder dubbelsteen (de overige woningen werden na genoemde datum geadverteerd). 176 geadverteerde woningen komt neer op ongeveer 10 % van het totale vrijgekomen aanbod van 1728.

Van de 176 aangeboden woningen met een dubbelsteen werden er tot 1 maart 109 toegewezen (de overige toewijzingen vinden na 1 maart plaats). In de tabellen hieronder links de toewijzing van de woningen met een dubbelsteen per leeftijdscategorie en rechts daarnaast de actief respectievelijk alle ingeschreven woningzoekenden per leeftijdscategorie.

Tabel 1 Aantal toewijzingen

aantal stippen	Leeftijdsklasse				totaal
	jonger dan 55	55-65 jaar	65-75 jaar	75 jaar en ouder	
1	35	10	10	8	63
2	3	0	10	12	25
3	2	1	3	12	18
4	2	2	4	1	9
5	0	0	1	1	2
Geen	1070	101	89	81	1341
<b>Totaal</b>	<b>1112</b>	<b>114</b>	<b>117</b>	<b>115</b>	<b>1458</b>

Tabel 2 Actief woningzoekenden t.o.v. totaal aantal woningzoekenden

leeftijdsklasse	Actief woningzoekenden	Ingeschreven woningzoekenden in periode
jonger dan 55	8955	26007
55-65 jaar	600	3237
65-75 jaar	517	3077
75 jaar en ouder	485	3243
<b>Totaal</b>	<b>10557</b>	<b>35564</b>

Tabel 3. Aantal gewogen reacties\* op geadverteerde woningen naar aantal stippen en leeftijdklasse

aantal stippen	Leeftijdklasse					totaal
	jonger dan 55	55-65 jaar	65-75 jaar	75 jaar en ouder		
1	292,2	37,6	30,5	18,2	378,5	
2	47,2	3,7	13,4	29,6	93,9	
3	60,6	7,1	19,5	27,3	114,5	
4	51,8	21,3	38,5	40,8	152,4	
5	15,4	1,8	2,3	1,2	20,7	
Geen	8487,8	528,5	412,7	368,0	9797,0	
<b>Totaal</b>	<b>8955,0</b>	<b>600,0</b>	<b>517,0</b>	<b>485,0</b>	<b>10557,0</b>	

\* Gewogen reacties wordt berekend uit het aantal actief woningzoekenden dat tenminste één keer in de periode gereageerd heeft. Indien een woningzoekenden in de periode vijf keer heeft gereageerd op geadverteerde woningen telt bij de berekening van de weging elke reacties voor slechts een vijfde mee. In totaal telt dus iedere woningzoekende één keer mee. Op deze manier kan een woningzoekende verdeeld' worden over bijvoorbeeld verschillende woningtypen, huurklasse of woonplaatsen en in dit geval de aanduiding met stippen.

#### Een eerste analyse van de 'oudere' woningzoekenden:

Om te beginnen aandacht voor het huidige woonruimteverdeelsysteem en de wijze waarop dit de 'oudere' woningzoekende faciliteert:

Met een hoge positie op de wachtlijst voor alle vrijkomende woningen vanwege het opnemen van de woonduur in de huidige woning in de zoekwaarde (= wachttijd voor een andere woning). Hoe langer de woonduur, des te hoger de positie op de wachtlijst.

Met behoudt van 75% van de zoekwaarde voor de huidige woning als men zich opnieuw als woningzoekende inschrijft. Hierdoor blijven met name de oudere woningzoekenden in positie op de wachtlijst voor een opvolgende verhuizing.

Door middel van de regionale urgentieregeling, die voorziet in het met voorrang kunnen verkrijgen van een passende woning als dat nodig is.

Met het classificatiesysteem, een dobbelsteen met stippen die de toegankelijkheid aangeven, maakt meteen in de woningadvertentie duidelijk of de betrokken woning voldoet bij omstandigheden van degene die woning zoekt.

Door het met 'voorrang voor' deze doelgroep aanbieden van woningen die specifiek voor ouderen gebouwd zijn.

#### Resultaat toewijzingen in relatie tot classificatie en oudere woningzoekenden

Uit tabel 1. toewijzingen, blijkt dat woningzoekenden in de leeftijdscategorieën 55 jaar – 75 jaar en ouder, niet optimaal gebruik maken van hun hoge positie op de wachtlijst bij de toewijzing van de meer toegankelijke woningen (met dobbelsteen geadverteerde woningen). De categorie 75+ ers heeft bijvoorbeeld 81 van de minst toegankelijke woningen toegewezen gekregen, tegen 34 woningen verdeeld over 1 t/m 5 stippen. Tabel 3 reacties, bevestigt dat de 75+ ers ook voornamelijk reageren op woningaanbiedingen die niet voorzien zijn van een dobbelsteen en dus een lagere mate van toegankelijkheid/zorggeschiktheid hebben. Wat de beweegredenen hierachter zijn is onbekend. Woningzoekenden, ook de ouderen, bepalend zelf wat passend is en in welke woning zij willen wonen. 'Dwang of moeten' is vanuit de woonruimteverdeling niet aan de orde. Alleen bij een

toegekende urgentie wordt bepaald (bijvoorbeeld op medische gronden) met welk type woning een dringend woonprobleem kan en moet worden opgelost.

Wat kunnen we doen om ouderen een meer 'passende' woning te laten kiezen:

### Transparantie

Transparant zijn in het woningaanbod: er is één weg voor alle woningzoekenden om een sociale huurwoning, met of zonder zorg of begeleiding te vinden en dat is WoningNet. Niet meer van loket naar loket of op verschillende lijsten bij diverse zorgverleners. Iedereen moet als woningzoekende ingeschreven zijn in WoningNet. Alle vrijkomende woningen worden via dat medium aangeboden. Die worden vanaf dan transparant en voor iedereen inzichtelijk aangeboden via WoningNet. Woningzoekenden met een wmo e/o awbz indicatie voor persoonlijke begeleiding e/o zorg kunnen bij hun inschrijving aanvinken dat zij een dergelijke indicatie hebben. De zorgwoningen zullen ook met voorrang voor deze categorie worden aangeboden.

### Communicatie

Woningzoekenden worden via internet (WoningNet) en folders geïnformeerd over de manier waarop men voor een woning in aanmerking kan komen. Stakeholders Wonen (maatschappelijke instellingen, wmo loketten, organisaties voor woonconsumenten etc.) worden door middel van informatiebijeenkomsten en deelname aan hun overleggen geïnformeerd over de woonruimteverdeling in het algemeen en daarnaast over de scheiding tussen wonen en zorg van corporatiewoningen. Hiermee kunnen zij hun klanten beter van dienst zijn. Voor woningzoekenden die een woning met zorg en/of begeleiding nodig hebben is een leaflet met informatie ontwikkeld dat bij woningcorporaties, zorginstellingen, gemeenten en maatschappelijke instellingen verkrijgbaar zal zijn.

### Afstemming

De doelgroep, in dit geval vertegenwoordigt in de ouderenbonden zijn betrokken geweest bij de voorbereiding van de classificatie van de corporatiewoningen, het huidige woonruimteverdeelsysteem en de scheiding wonen en zorg van de corporatiewoningen. Ook bij de communicatie hierover worden de ouderenbonden betrokken.

### Ondersteuning

De woningcorporaties bieden woningzoekenden desgewenst ondersteuning bij het inschrijven als woningzoekende en het reageren op woningaanbiedingen.

### **Samenvattend**

Dit eerste onderzoek als 0 meting te beschouwen.

Voorzichtig te concluderen dat de oudere woningzoekende nog geen optimaal gebruik maakt van zijn mogelijkheden en kansen binnen de sociale voorraad

In te zetten op blijvende communicatie over de woonruimteverdeling van de sociale huurwoningen met name ten behoeve van de doelgroepen (ouderen e/o personen die een awbz/wmo indicatie hebben voor persoonlijke zorg e/o begeleiding). In het kader van het daadwerkelijk scheiden van wonen & zorg wordt dit belang groter.

Jaarlijks de toewijzing van de geclassificeerde woningen te onderzoeken en de resultaten daarvan te rapporteren.



## Hoofdstuk 3 De voorraad nultredenwoningen G&V

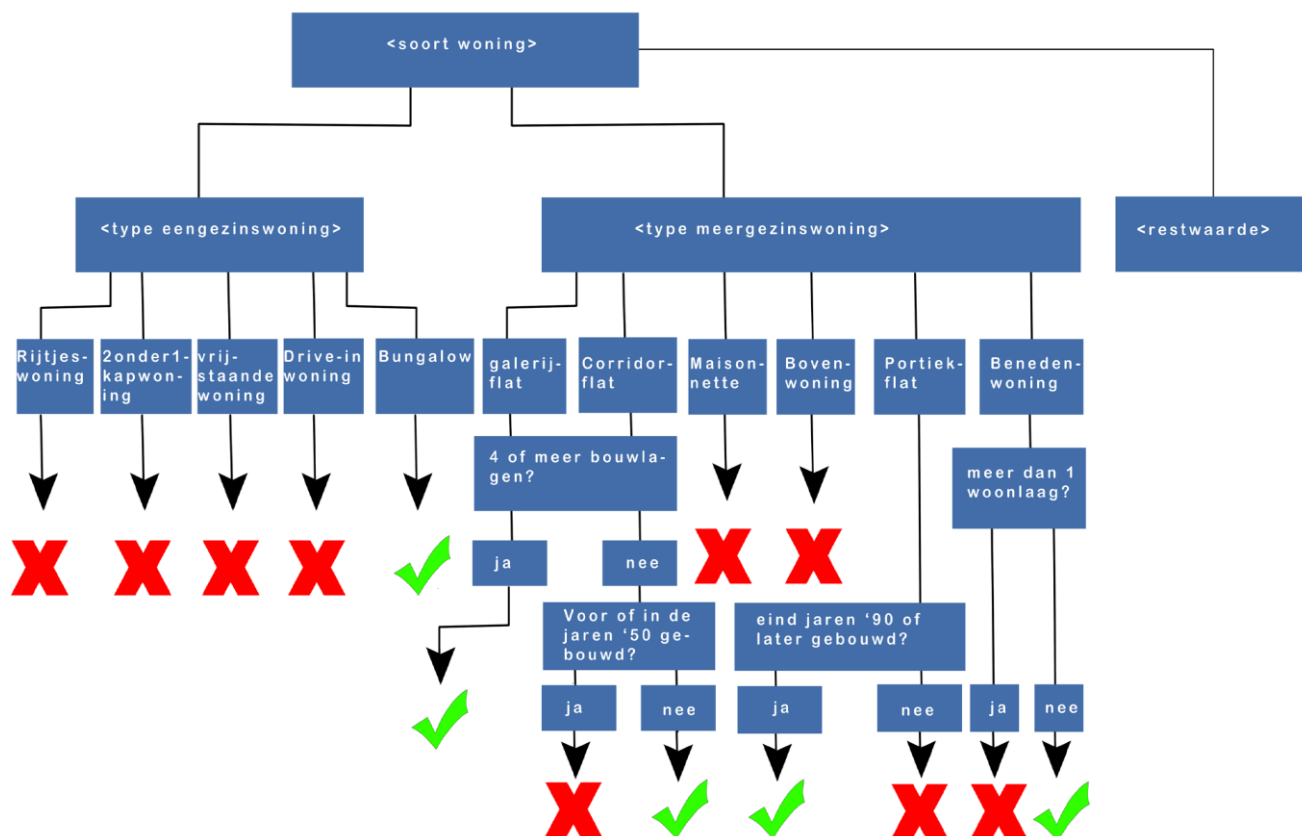
### Aanbeveling 3:

*Voer een inventarisatie uit van de omvang van de voorraad nultreden woning die in particulier bezit is en de geschiktheid om deze woningen te bewonen met een hulpmiddel.*

In dit hoofdstuk aandacht voor de particuliere voorraad. Tot slot nog aandacht voor de nultredenwoningen die in de plancapaciteit zijn opgenomen. In oktober 2012 is een eerste meting van de nultredenwoningen binnen de sociale huurwoning voorraad, die in het bezit zijn van regionale of landelijke corporaties en regionale zorgaanbieders, geactualiseerd en aangevuld. Dit is een proces dat de komende jaren herhaald zal gaan worden.

In het kader van het Regionaal actieprogramma wonen is vervolgens de toegankelijkheid van de particuliere huurwoningmarkt in de regio Gooi en Vechtstreek onderzocht door middel van een quickscan. Een quickscan, omdat het ondoenlijk is om de particuliere voorraad, die vele eigenaren kent, woning voor woning in te meten. De sociale voorraad heeft minder eigenaren en daar kan inmeting veelal ook complexgewijs aan de hand van tekeningen gebeuren en bij mutatie per woning. Het meenemen van de particuliere voorraad, ook al is dat door middel van een quickscan, is zeker interessant, omdat dit inzicht kan geven in de toegankelijkheid en zorggeschiktheid van de totale woningvoorraad in de regio. In de quickscan van de particuliere sector draait het dus alleen om het wel of niet toegankelijk zijn van de woningen, terwijl het bij de (verfijning van de) nulmeting van de sociale huurvoorraad draait om de mate van toegankelijkheid, weergegeven aan de hand van het aantal oogjes op de dobbelstenen (van 1 t/m 5).

Ten behoeve van de quickscan voor de particuliere voorraad is een beslisboom ontworpen die aan de hand van het type woning weergeeft welke woningen wel of niet als 0 treden woningen kunnen worden aangemerkt. Zo worden bijvoorbeeld grondgebonden eengezinswoningen (te onderscheiden in bijvoorbeeld: rijtjeswoning, drive inn woning of vrijstaande woning) 'automatisch' als niet toegankelijk aangemerkt omdat het geen 0 treden woningen zijn vanwege de binnentrap. Een bungalow daarentegen heeft alle vertrekken op de begane grond en kan daarom weer wel als 0 treden woning worden meegenomen. Bij de meergezinswoningen (flat, appartement) gaat ook niet op dat deze automatisch tot de 0 treden woningen gerekend mogen worden. Een maisonnettewoning heeft immers een binnentrap en portiekflats zijn veelal niet voorzien van een lift. Ook het bouwjaar en de daarbij behorende bouwvoorschriften kunnen een indicatie geven voor de toegankelijkheid van een meergezinswoning, vooroorlogse gebouwen zijn bijvoorbeeld zelden voorzien van een lift. De verfijning in de beslisboom, geeft daarom samen met de gegevens over het woningbestand uit de gemeentelijke administraties, een goed inzicht in de toegankelijkheid van de particuliere sector. Onderstaand ter illustratie de beslisboom.



Deze quick scan heeft de volgende cijfers opgeleverd voor de regio G&V opgeleverd.

gemeente	alle woningen	particulier		in %
		particulier	toegankelijk	
Blaricum	4081	3084	57	2
Bussum	14935	11184	715	6
Hilversum	38827	26513	2762	10
Huizen	18211	10922	412	6
Laren	4922	4089	109	3
Muiden *	2764	1926	154	~
Naarden	7477	5840	576	10
Weesp	8408	4889	790	16
Wijdereen *	9912	6911	552	~
<b>totaal</b>		<b>75358</b>	<b>6127</b>	<b>8%</b>

|\* = inschatting o.b.v. gemiddelde voor regio

gemeente	toegankelijk	1*	2 en 3 **	4 en 5 **	totaal
	particulier	Sociale huur			
Blaricum	57	268	34	0	
Bussum	715	778	294	105	
Hilversum	2762	1493	1505	0	
Huizen	412	844	306	0	
Laren	109	55	25	0	
Muiden *	154	144	0	0	
Naarden	576	189	153	94	
Weesp	790	597	247	10	
Wijdere *	552	355	91	183	
<b>totaal</b>	<b>6127</b>	<b>4723</b>	<b>2655</b>	<b>392</b>	<b>7770</b>

### Nieuwbouw

Naast deze voorraad binnen de bestaande particuliere bouw is het ook goed om in ogenschouw te nemen dat binnen de verschillende nieuwbouwprojecten ook nulreden woningen worden gerealiseerd. In onderstaande tabel wordt dit weergegeven.

**Tabel M1-6. Aantal en aandeel nulredenwoningen in de geplande nieuwbouw in de Gooi en Vechtstreek 2010-2020 in de tijd en naar hardheid afspraken**

	Tot 2015 hard	Tot 2015 zacht	Vanaf 2015	Totaal
Nulredenwoning	1.174 (55%)	727 (22%)	1.447 (17%)	3.348 (24%)
Niet-nulredenwoning	582 (27%)	301 (9%)	466 (6%)	1.349 (10%)
Status nog niet bepaald	364 (17%)	2.337 (69%)	6.498 (77%)	9,199 (66%)
Totaal woningen	2.120 (100%)	3.365 (100%)	8.411 (100%)	13.896 (100%)

Deze overzichten geven een goed beeld van de voorraad zowel binnen de huidige particuliere voorraad als in de mogelijkheden die er nog zijn binnen de huidige planvorming. Deze aantallen en inzichten worden meegenomen naar de conclusies

## Communicatie

In alle gespreken is ook de wens uitgesproken om snel te starten met het communiceren. De gemeenten zullen hiervoor het initiatief nemen. Hierover zijn de volgende afspraken:

- Een algemenere boodschap over het belang van het inschrijven bij Woningnet. Deze communicatie zal worden ingezet wanneer Woningnet heeft aangegeven wanneer een indicatiestelling kan worden meegenomen in de wijze van beoordeling binnen het woonruimteverdeelsysteem. Deze wordt gestart als alle aanpassingen en vernieuwingen van Woningnet zijn gerealiseerd.
- Een communicatieboodschap naar alle kernpartners over de wijze waarop het scheiden van wonen & zorg in deze regio zowel beleidsmatig als in de praktijk wordt vormgegeven. Verdere communicatie van deze boodschap binnen de organisaties wordt georganiseerd in samenwerking met het betreffende management of de communicatieafdeling. Deze communicatie is reeds gestart en zal worden gecontinueerd.
- Een specifiekere boodschap aan ouderen dat bij het nadenken over het langer zelfstandig wonen, of wonen in zijn algemeenheid er een gesprek kan worden aangevraagd bij de Wmo-loketten. Deze communicatie kan worden gekoppeld aan de algemenere boodschap over de rol en positie van het gemeentelijk loket binnen het sociaal domein.
- Een interne gemeentelijke communicatie richting de Wmo-loketten over de werkwijze van woningnet en het daaraan gekoppelde urgentiesysteem. De beleidsmedewerker Wonen van de regio heeft een informatieronde gehouden langs alle loketten.
- De communicatie richting de mensen die nu nog op een wachtlijst staan voor “beschut wonen” wordt door de aanbieders verzorgd. Maatwerk is hier vereist. Deze taak is door de zorgaanbieders opgepakt.

## Conclusie

Binnen deze conclusie wordt aan de hand van het Wonen(deel) de stap gezet naar de vraagstukken op het gebied van Welzijn & Zorg. Via Wonen naar Welzijn & Zorg.

### Wonen

Op het gebied van wonen zijn binnen de regio al een groot aantal stappen doorlopen. Binnen deze analyse zijn deze stappen ook nader belicht en zijn de resultaten van deze stappen ook meegenomen. Voor het overzicht zijn deze stappen in een logische volgorde geplaatst.

Om te beginnen hebben we zicht gekregen op de totale voorraad toe en doorgankelijke woningen binnen onze regio.

- 1) Het in kaart brengen van de sociale voorraad op toe en doorgankelijkheid (7770 woningen)
- 2) Een quick-scan van de particulier voorraad (6127 woningen)

Dit inzicht geeft aan dat de regio in totaal zo'n 14.000 woningen kent die hoger scoren als het gaat om de toe en doorgankelijkheid van de woning. Daarbij is in kaart gebracht welke deel van de plancapaciteit gaat over het bouwen van nultredenwoningen.

- 3) De plancapaciteit voor nultreden woningen (hard) (minimaal 3500 woningen)

Dit beeld geeft aan dat de totale voorraad woningen op termijn niet het probleem vormt. Er is voldoende voorraad. Hierbij dient wel te worden opgemerkt dat voorraad iets anders is als direct beschikbaar aanbod.

De volgende stap is dat er met de zorgaanbieders is afgesproken dat zij een deel van hun (zorg)woningen toevoegen aan het regionale woonruimteverdeelsysteem.

- 4) Toevoeging van (zorg)woningen aan de regionale woonruimteverdeling op basis van een indicatie

Dit heeft als voordeel dat beschikbare voorraad transparant en uniform wordt verdeeld. Dit betekent dat de burger veel beter inzicht krijgt. Naast deze meer 'voorliggende' maatregelen kent de regio uiteraard ook nog de reguliere Wmo-voorzieningen die er op gericht zijn om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen.

- 5) Reguliere Wmo-voorzieningen (220 trapliften in 2012)

Indien verhuizen niet lukt of gewenst is zijn er de reguliere Wmo-voorzieningen. Voor mensen met een sociale huurwoning of een inkomen onder de sociale huurgrens is er nog de urgentieregeling.

- 6) Regionale urgentieregeling

Op basis van een aantal criteria (waaronder medische) is het mogelijk om een urgentie te krijgen voor een zelfstandige woning binnen de sociale voorraad die in het geval van een zorgvraag hoog zal scoren op toe en doorgankelijkheid.

Deze stappen laten zien dat er binnen het terrein van Wonen er een breed palet aan instrumenten is ingezet. Vanuit de mogelijkheden die er zijn op het gebied van Wonen wordt de burger zo optimaal mogelijk ondersteund. Dat brengt de volgende conclusie met zich mee:

**Conclusie:**

- Er is op basis van de huidige kennis van de zorgvraag geen sprake van een direct en acuut vraagstuk op het gebied van het zelfstandig wonen. De voorraad toe-en doorgankelijk woningen is hiervoor voldoende in de regio aanwezig.

Toelichting

Wel dient te worden opgemerkt dat er een verschil is tussen voorraad en aanbod. Mede hierdoor is er voor inwoners niet altijd de gewenste woning op het gewenste tijdstip beschikbaar. Hierbij spelen woonwensen van inwoners ook een rol. Mensen blijven het liefst in de eigen buurt. Deze analyse zoomt niet in op wijkniveau maar geeft een breder regionaal beeld.

Verder speelt mee dat de stagnerende huizenmarkt maakt dat specifiek mensen met een eigen huis minder mobiel op de woningmarkt zijn.

- Daarnaast is het van belang om binnen de nieuwbouw en/of renovatieprojecten te blijven inzetten op de ontwikkeling van levensloopbestendige woningen. Zeker als

Welzijn & Zorg

Voor het maken van conclusies op het terrein van welzijn & zorg is het van belang om een goed inzicht te hebben in het 'nieuwe' veld van de zorg (verantwoordelijkheden) en de daarbij behorende relaties met Wonen. In de notitie hervorming van de langdurige ondersteuning en zorg dd. 25.04.2013 wordt daarover het volgende gemeld:

*'Ouderen die veilig thuis kunnen wonen en geen beschermende en veilige omgeving in een instelling nodig hebben, kunnen een beroep doen op gemeenten en zorgverzekeraars. Meer specifiek gaat het om ouderen die nu een ZZZP VV 1 t/m 3 hebben en een deel van de ouderen met ZZZP VV4. Een andere deel van de ouderen met ZZZP VV4 en alle ouderen met een ZZZP VV5 of hoger ontvangen intramurale zorg via de kern-AWBZ'*

Vanuit deze lijn vanuit het Rijk is binnen deze regio de volgende relatie met wonen gelegd. In de verdere uitwerking dient dit overzicht als basis om gezamenlijk met inwoners, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, corporatie(s) en andere marktpartijen een (investerings) agenda te maken voor wonen zonder zorgen.

Intramurale AWBZ functie	Voorstel Situatie in 2015	Woonvorm
Verpleging en Verzorging ZZP VV 1 t/m 3	Verpleging via Zorgverzekeringswet Begeleiding, verzorging en kortdurend verblijf via Wmo Behandeling: Besluit volgt later na advisering door het CVZ.	Zelfstandig Wonen met ondersteuning
Verpleging en Verzorging ZZP VV 4	50% opgesplitst in twee groepen 1. Bij behoefte verpleging Zorgverzekeringswet en Wmo 2. Zonder verpleging alleen Wmo	Zelfstandig wonen in een beschermde omgeving
	50% naar de kern-AWBZ	Beschut wonen in een instelling
Verpleging en Verzorging ZZP VV 5 & hoger	Kern-AWBZ	Beschut en/of besloten wonen in een instelling

Intramurale capaciteit


---

 Kenmerk:

De vier grote intramurale aanbieders in deze regio verwachten dat ze kunnen inspelen op de huidige en toekomstige zorgvraag. De totale huidige intramurale capaciteit van rond de 3.300 plaatsen van deze zorgaanbieders in de regio lijkt voldoende te zijn voor de komende jaren. Hiervoor dienen de verzorgingsplaatsen (ruim 1600) te worden geflexibiliseerd. Deze huidige capaciteit van rond de 3.300 is nodig om met name de mensen met dementie (deel ZZP 4, ZZP 5 en 7) intramurale zorg te bieden. Deze mensen hebben intramurale zorg nodig door de combinatie van 24 uren toezicht en de onplanbaarheid van de zorg.

### Toelichting

Er is echter een discrepantie met de 1.200 plekken die Gooi en Vechtstreek waarschijnlijk krijgt toebedeeld (van de 200.000 landelijk). Deze 1.200 plekken zijn inclusief de plekken voor de kern AWBZ onder de 18 jaar. Het is de rol van het zorgkantoor om deze capaciteitsvermindering uit te voeren. Dit betekent dat de bevindingen van de regionale analyse zullen moeten worden gedeeld met het zorgkantoor. De zorgaanbieders en het zorgkantoor dienen dan ook gestimuleerd te worden om deze 3300 plekken vast te houden voor de komende jaren.

Deze benodigde capaciteit (aantal plaatsen) staat los van de vraag op welke wijze deze capaciteit wordt (in vastgoedtermen) gerealiseerd. Zo is een aantal locaties is (dringend) aan renovatie toe en neemt de vraag naar kleinschalige woonvormen toe. Door de zorggelden die naar de gemeenten en de zorgverzekeraars gaan slim in te zetten de vorm van maatwerkarrangementen kan innovatie op het terrein van E-health en vastgoedontwikkeling worden gestimuleerd.

### Conclusie:

- Een opgave om gezamenlijk met de aanbieders van intramurale zorg de (benodigde) capaciteit inzichtelijk te maken en te houden en op basis van deze inschatting te bepalen in hoeverre deze capaciteit voor deze regio ook daadwerkelijk beschikbaar komt. Over deze opgave met het zorgkantoor in gesprek te treden. Hiervoor een bestuurlijke kerngroep te formeren. In deze kerngroep zitten bestuurders van gemeenten en de aanbieders van (intramurale) zorg
- Op basis van overleg met klanten, gemeenten, zorgaanbieders (en zorgkantoor) maatwerkarrangementen te ontwikkelen die kunnen inspelen op de complexere ondersteuningsvraag nu mensen langer thuis blijven wonen. Specifiek voor die groep ZZP VV 4 die niet onder de kern-AWBZ vallen. Het zijn deze mensen die in een veilige en beschutte omgeving in de thuissituatie zorg zullen moeten ontvangen (zie schema)

### **Algemene Conclusie**

Gemeenten moeten samen met zorgaanbieders en de zorgverzekeraar het mogelijk maken dat mensen langer thuis kunnen blijven wonen. In de regio is hiervoor voldoende voorraad (zowel binnen de sociale als binnen de particuliere voorraad) aanwezig of kan nog worden gerealiseerd binnen de programma's tot nieuwbouw. Wel zal het een taak worden om maatwerkarrangementen te realiseren die afgestemd zijn op de persoonlijke omstandigheden en mogelijkheden van de inwoner en die afgestemd zijn met andere domeinen, zoals werk, inkomen en bouwen en wonen.

**Gebruikte bronnen:**

- CIZ
- CBS
- TNO onderzoek “marktverkenning ‘t Gooi”, 2009
- Gewest Gooi en Vechtstreek “sterrenclassificatierapport”, november 2011
- Onderzoek van Berenschot, “de vergrijzing voorbij”, 2013
- Nibud rapport “bestedingsmogelijkheden bij het scheiden van wonen en zorg”, april 2012
- Concept analyse langdurige zorg en ondersteuning, effecten sociaal akkoord, zorg akkoord en notitie hervorming langdurige zorg en ondersteuning, Gewest Gooi en Vechtstreek, mei 2013

Met veel dank aan de zorgaanbieders om hun tijd, visies, bevindingen, kennis en ervaringen met ons te willen delen.

Juni 2013  
Gewest Gooi en Vechtstreek